Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

841

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Nog geen deal tussen verzekeraars en ziekenhuizen»* (ingezonden 26 november 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 10 december 2015)

Vraag 1
Kent u het bericht «Nog geen deal tussen verzekeraars en ziekenhuizen»?[1]

Antwoord 1
Ja.

Vraag 2
Bent u het eens met de kritiek van de patiëntenkoepel NPCF, verwoord in de brief «Wat heb je aan een nieuwe zorgpolis als je niets weet over het gecontracteerde aanbod»?[2]

Antwoord 2
Ik neem aan dat u hiermee doelt op de brief die de NPCF over de contractering 2016 op 23 november aan Zorgverzekeraars Nederland heeft verzonden (bijlage 1).[3] In de link verwijst u namelijk naar een cursus over social media en communicatie.
Ik ben het met NPCF eens dat het voor verzekerden heel belangrijk is dat zorgverzekeraars transparant zijn over de inhoud van hun polissen, inclusief welke zorgaanbieders ze wel en wel ze niet hebben gecontracteerd. Ze zijn daartoe ook verplicht.

Vraag 3
Wat is uw mening over het feit dat verzekeraars verzekerden tijdig een compleet aanbod moeten kunnen doen, inclusief een overzicht moeten kunnen geven van de gecontracteerde zorgaanbieders, maar dat dit op dit moment nog niet het geval is?

[1] de Volkskrant. «Nog geen deal tussen verzekeraars en ziekenhuizen». 23 november 2015.
[2] https://www.npcf.nl/agenda/landelijke-werkdag-zorgpact-en-de-commissie-innovatie-zorgberoepen-opleidingen
[3] Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

ah-tk-20152016-841
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2015

Antwoord 3
Zorgverzekeraars zijn uit hoofde van de Wet marktordening gezondheidszorg verplicht informatie openbaar te maken over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Hieronder valt ook informatie over contractering bij zorgpolissen en of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking. Deze verplichting is uitgewerkt in de Regeling TH/NR-004 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze regeling is onlangs aangescherpt, hierover heb ik u geïnformeerd in de voortgangsrapportage over Kwaliteit loont.
Op 19 november moeten de polisvoorwaarden voor patiënten duidelijk zijn. Deze zes weken termijn staat in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De verzekerde kan op de polis zien welke zorg de zorgverzekeraar aanbiedt. Alle zorg die daarop staat aangegeven moet in ieder geval door de zorgverzekeraar worden geleverd.
Als een zorgverzekeraar in de polis aangeeft dat de zorg van een bepaald ziekenhuis vergoed wordt, dan kan de patiënt daar vanuit gaan.
Als de zorgverzekeraar op 19 november nog met een ziekenhuis in onderhandeling is en nog niet zeker is of er een contract wordt afgesloten en als dat gevolgen heeft voor de vergoeding, dan moet de zorgverzekeraar dit melden. Dan kan de verzekerde op basis van alle relevante informatie besluiten wel of niet voor deze zorgverzekeraar te kiezen.
Zorgverzekeraars kunnen ziekenhuizen met wie zij geen contract hebben toch als «gecontracteerd» opnemen in de communicatie naar de patiënt. De patiënt kan er dan vanuit gaan dat de zorg van deze instelling vergoed wordt alsof het een gecontracteerde instelling betreft. Sommige verzekeraars geven aan dat ze in onderhandeling zijn. De verzekerde weet dan dat het niet zeker is of er een contract wordt afgesloten en kan op basis van deze informatie besluiten.

Vraag 4
Wat vindt u ervan dat bijvoorbeeld de vier grote verzekeraars nog niet kunnen zeggen met welke ziekenhuizen zij volgend jaar een contract hebben, en dat een ziekenhuis aangeeft er nog met geen enkele zorgverzekeraar uit te zijn?

Antwoord 4
Zorgverzekeraars hebben op 19 november van dit jaar een deel van de ziekenhuizen nog niet gecontracteerd. Verzekerden moeten op basis van zoveel mogelijk informatie een weloverwogen keuze kunnen maken. Verzekeraars moeten aan verzekerden duidelijkheid geven over de gevolgen daarvan voor de polis.
Ik vind het van groot belang dat verzekeraars en aanbieders hun contractering snel afronden. Uit navraag bij zorgverzekeraars blijkt dat er nu iedere dag contracten bij komen. Sommige verzekeraars hebben aangegeven dat de zorg voor alle ziekenhuizen vergoed zal worden, ongeacht of de contractering wel of niet rond komt.
Het heeft bij mij, maar ook bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zeker de voorkeur om op 19 november klaar te zijn met het gehele contracteerproces. Ik heb in de voortgangsrapportage over Kwaliteit loont aangegeven dat ik in overleg treedt met aanbieders en verzekeraars om afspraken te maken over de contracteringstermijnen- en processen.

Vraag 5
Welke oorzaken heeft deze vertraging van contracteren volgens u? Hoe ziet u het verschil tussen dit jaar en voorgaande jaren? Hoe komt het dat in voorgaande jaren slechts enkele verzekeraars en ziekenhuizen rond dit tijdstip nog niet klaar waren met contracteren en dit jaar een fors deel van de zorgverzekeraars en ziekenhuizen nog geen contracten hebben afgesloten? Welke conclusie verbindt u aan het feit dat al jaren contracteren pas laat in het jaar plaatsvindt?

Antwoord 5
Uit verschillende berichtgeving en door navraag bij partijen heb ik vernomen dat er een aantal zaken is waardoor de contractering dit jaar stroef verloopt. Partijen noemen onder andere de oplopende kosten van dure geneesmiddelen als knelpunt bij de contractering. Ik sluit niet uit dat de deadline van 19 november ook werkt als een drukmiddel richting verzekeraars in de onderhandelingen.
Zoals ik in mijn antwoord op vraag 5 heb aangegeven vind ik het van groot belang dat de contracten zoveel mogelijk voor 19 november worden afgesloten. Ik zal daarover nader in gesprek gaan met betrokken partijen.

Vraag 6 en 7
Welk belang hecht u aan een termijn van 6 weken voor de verzekerden om een keuze te kunnen maken? Welke voordelen biedt deze termijn volgens u? Deelt u de mening dat verzekerden en patiënten deze termijn nodig hebben om een weloverwogen keuze te kunnen maken op basis van juiste en belangrijke informatie? Acht u het nodig deze termijn van 6 weken wettelijk te borgen?
Wanneer zullen volgens u alle zorgverzekeraars patiënten kunnen informeren welke zorgaanbieders zij hebben gecontracteerd? Wat betekent dat voor verzekerden en voor het moment waarop zij een weloverwogen keuze voor een polis kunnen maken? Welk perspectief biedt u de verzekerde die op dit moment dus nog geen gefundeerde keuze kan maken?

Antwoord 6 en 7
Zie mijn antwoord op vraag 3.

Vraag 8
Wat kunnen de gevolgen zijn voor verzekerden die nu een keuze voor een polis voor 2016 maken, zonder dat alle contracten zijn afgesloten? Wordt door uw ministerie verzekerden geadviseerd te wachten met het maken van een keuze tot volledige informatie beschikbaar is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8
Zie mijn antwoord op vraag 3. Het is aan verzekerden zelf om te bepalen welke informatie voor hen van belang is bij het maken van een keuze voor een polis. De informatie die de verzekeraar aan de verzekerde geeft moet kloppen, daar ziet de NZa op toe.

Vraag 9
Is het volgens u een optie een termijn van 6 weken, waarbinnen verzekerden de tijd moeten hebben om een keuze te maken voor de zorgpolis, in te laten gaan vanaf moment dat het aanbod daadwerkelijk gereed is, en verzekerden op deze manier op basis van volledige informatie een keuze kunnen maken? Zo nee, waarom niet? Welke termijn acht u nodig voor verzekerden om een goede keuze te kunnen maken?

Antwoord 9
Dit is geen goede optie. Zorgverzekeraars kunnen ook in de loop van het contractjaar nog een nieuwe zorgaanbieder contracteren als dat in het belang is van zijn verzekerden. Verzekerden moeten hun keuze dus baseren op de informatie die eind van het jaar beschikbaar is. Het aanbod kan daarna nog ruimer worden, dat is dan in het voordeel van de verzekerden. Zoals ik bij mijn antwoord op vraag 3 heb aangegeven moet de zorgverzekeraar alle zorg die met de polis in het vooruitzicht is gesteld vergoeden aan de verzekerde. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 5 heb aangegeven vind ik het van groot belang dat de contracten zoveel mogelijk voor 19 november worden afgesloten. Ik zal daarover nader in gesprek gaan met betrokken partijen.

Vraag 10
Wanneer bovenstaande optie niet mogelijk is, wat vindt u dan van de mogelijkheid verzekerden minimaal het recht te geven op hetzelfde pakket als vorig jaar bij hun huidige verzekeraar, als zorgverzekeraars laat zijn met contracteren? Deelt u de mening dat dit een noodzakelijke stok achter de deur is voor zorgverzekeraars om tijdig duidelijkheid te bieden aan de verzekerden? Hoe kan dit vormgegeven worden?

Antwoord 10
Uit mijn antwoord op vraag 9 kunt u opmaken dat een dergelijke optie niet nodig is. Het is ook niet nodig om een extra stok achter de deur te organiseren, zorgverzekeraars hebben er nu al alle belang bij om zo tijdig mogelijk duidelijkheid te bieden aan verzekerden. Immers, als zij dat niet doen dan lopen zij het risico dat verzekerden voor een andere zorgverzekeraar kiezen die dat wel doet. Het is echter niet alleen aan zorgverzekeraars om tijdig duidelijkheid te kunnen bieden, zorgverzekeraars zijn bij de contractering afhankelijk van de zorgaanbieders om tijdig een contract de kunnen sluiten. Overigens verandert het basispakket ook al elk jaar, waardoor de suggestie ook niet praktisch is.

Vraag 11
Kunt u deze oplossingen bij verzekeraars afdwingen op basis van uw bevoegdheden als stelselverantwoordelijke?

Antwoord 11
Nee, dit kan ik niet afdwingen. Zorgverzekeraars moeten aan hun zorgplicht voldoen. Maar verder is het een zaak van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om contracten te sluiten. Daar ben ik geen partij in.

Vraag 12, 13 en 14
Wat is uw mening over het feit dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) niet handhaaft op dit punt? Hoe is dat volgens u mogelijk, aangezien de NZa vorig jaar partijen nog had opgeroepen haast te maken en eerder te beginnen met de onderhandelingen? Welke mogelijkheden heeft de NZa volgens u om hierop in te grijpen, en waarom doet zij dit nu niet? Hoe kan de NZa volgens u verzekerden tegemoet komen?[4]
In welke mate kunt u garanderen dat verzekerden recht hebben op zorg op de locatie die volgens de verzekeraar is gecontracteerd (of in het geval van restitutiepolissen, daadwerkelijk vrije keuze in zorgaanbieders hebben), en dat zij niet onaangenaam verrast worden door budgetplafonds, waardoor ze als verrassing toch niet ergens anders terecht kunnen?[5]
Is naar uw mening voor een verzekerde duidelijk en begrijpelijk aangegeven op de sites van alle zorgverzekeraars of deze met een budgetplafond werken, en wat daarvan de gevolgen zijn? Zo nee, welke actie wordt ondernomen richting zorgverzekeraars die hier niet aan voldoen?

Antwoord 12, 13 en 14
De NZa heeft in haar Regeling TH/NR-004 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten vastgelegd dat zorgverzekeraars op 19 november kenbaar moeten maken met welke zorgaanbieders voor welke vormen van zorg een contract is afgesloten voor de betreffende polis en of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking. Daarnaast moeten zorgverzekeraar transparant zijn bij welke zorgaanbieders plafondafspraken zijn gemaakt. Op die manier weet een verzekerde bij het afsluiten van een polis of en in welke mate een eventuele arts van zijn voorkeur gecontracteerd is en welke gevolgen dit heeft voor de vergoeding. Een verzekerde kan daar dan bij het afsluiten van een polis rekening mee houden. De NZa zal erop toezien dat zorgverzekeraars dit doen en daar zo nodig op handhaven. Als de zorgverzekeraar zich niet aan de afspraak houdt dan kan de NZa de zorgverzekeraar hierop aanspreken en een sanctie opleggen op basis van de regeling «informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars voor consumenten». Dit is het geval als de zorgverzekeraar zich in het algemeen niet aan de afspraken houdt. NZa heeft hiervoor signalen nodig.

[4] http://www.nza.nl/95832/Zorgverzekeraars-voldoen-aan-zorgplicht-en-kopen-steeds-beter-zorg-in
[5] de Telegraaf. «Zorgverzekeraar fnuikt vrije keuze arts». 21 november 2015

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van de leden Van der Staaij (SGP), ingezonden 23 november 2015 (vraagnummer 2015Z22201), Pia Dijkstra (D66), ingezonden 24 november 2015 (vraagnummer 2015Z22372).